

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 3975163-6 מס', ל"ה מרחוב, מ"ו סד 3 ה' ת.ז. מס' ל"ה מרחוב, מ"ו סד 3 ה' ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 11 שנה 2017

חתימה: ישראל מנדל X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' תע"ד: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: סלע שם פרטי: סלע מס': 5975163-6

תעודת זהות: 5975163-6 שם האב: _____

מס': 3 עיר: תל אביב מיקוד: _____

חשוב: א/י 100 טלפון: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משהדר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____ או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופי"ח: אליה סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצ"ח"ל: _____ שם קופי"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם: _____ עותד אריאל פריינדס האב: _____ ת.ז. _____

תאריך: 21.11.17 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: אליה X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח: _____ הרני מייפה את כוחו של: _____

לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל _____

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אייל ס"ט בעל ת.ז. 059751636 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	<u>2012/0015</u>	המחלה:	<u>אייל ס"ט</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>
תאריך:	<u>-</u>	המחלה:	<u>-</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>
תאריך:	<u>-</u>	המחלה:	<u>-</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	<u>-</u>	הפגיעה:	<u>-</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>
תאריך:	<u>-</u>	הפגיעה:	<u>-</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>
תאריך:	<u>-</u>	הפגיעה:	<u>-</u>	המוסד הרפואי:	<u>-</u>

X אייל ס"ט
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אייל ס"ט מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 29/5/24 הופיע/ה בפני ס"ט (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 059751636 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין